natural pharmaceuticals

……, ……
(miejscowość, data)

Nr Klienta: ……..

Imię i nazwisko: ……

Ulica i nr domu: ……..

Kod pocztowy, miejscowość: ……

Telefon kontaktowy: ……

## DYSPOZYCJA O ZWROT NADPŁATY

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zwrot należności w wysokości …… zł, jaka u Państwa widnieje poprzez:

❑ zwrot na konto bankowe

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

(tu proszę wpisać numer rachunku na jaki mamy zwrócić nadpłatę)

❑ zwrot przekazem pocztowym

……
(tu proszę wpisać adres na jaki mamy zwrócić nadpłatę)

……
czytelny podpis Klienta
(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)